BULLETIN INDIVIDUEL D'ADHESION RETRAITES

6 RUE VANDREZANNE – CS 21363
75634 PARIS CEDEX 13
Mutuelle soumise aux dispositions
du livre II de la Mutualité
N° SIREN 775 685 340

Valant certificat d'adhésion

Contrat Complémentaire Santé °..... .....

Collectivité : .....

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ **Ville :** .....

Siret : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Ce bulletin est à compléter en 2 exemplaires : 1 exemplaire à retourner à votre Service du Personnel et 1 exemplaire à conserver par vos soins.

RENSEIGNEMENTS VOUS CONCERNANT

Nom : ..... **Nom de jeune fille** : ..... **Prénom(s)** : .....

Né(e) le : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Sexe** : Masculin ☐ Féminin ☐ **Numéro de Sécurité sociale :** _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Adresse : .....

Code postal : _ _ _ _ _ Ville .....

E-mail : .....@..... N° de téléphone : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

(cet e-mail est utilisé pour accuser réception de votre adhésion et pour vous informer du règlement des prestations)

Date d'entrée dans la collectivité : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ **Date de départ à la retraite** : _ _ _ _ _ _ _ _ _

Date d'effet de l'adhésion : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ (Au plus tôt le 1er jour du mois suivant la date de signature du BIA, sous réserve des conditions prévues par le contrat)

Situation de famille :

☐ marié(e) ☐ célibataire ☐ veuf(ve) ☐ divorcé(e) ☐ pacsé(e) ☐ vie maritale

Nombre d'enfant(s) à charge : _ _

CHOIX DES GARANTIES

☐ **Régime Sécurité** ☐ **Régime Confort** ☐ **Régime Optimale**

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOS AYANTS DROIT A AFFILIER

	CONJOINT PARTENAIRE CONCUBIN	**ENFANT(S) A CHARGE**(1)		
		1er Enfant (2)	**2e Enfant**(2)	**3e Enfant**(2)
Nom				
Prénom				
Sexe (F ou M)				
Date de naissance				
N° Sécurité Sociale				
Date d'effet				
Situation				
Echange NOEMIE(3)	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

(1) Complétez sur une feuille libre si nécessaire. (2) Précisez la situation de votre enfant : enfant étudiant, enfant apprenti,...

(3) Pour vos ayants droit, sous réserve qu'aucun régime complémentaire ne soit déjà en liaison directe avec leur caisse d'assurance maladie.

Je déclare avoir pris connaissance des garanties du contrat souscrit par mon employeur auprès de la Mutuelle Générale et précisées dans la notice d'information, et des conditions de service des prestations pour moi-même et les membres de ma famille.

J'autorise la Mutuelle Générale à faire éventuellement toutes opérations pour mon compte auprès de la Sécurité sociale.

J'autorise la Mutuelle Générale à prélever mes cotisations sur mon compte bancaire conformément à l'autorisation de prélèvement jointe.

Fait à....., le_ _ _ _ _ _ _ _

Signature précédée de la mention « lu et approuvé »

Signature et cachet de la collectivité

Conformément à l'article L221-14 du Code de la Mutualité, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité du (ou des) contrat(s) d'assurance.

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 06/01/1978, modifiée par la loi du 06/08/2004, vous disposez d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès, de communication et de rectification, d'un droit de modification et de suppression des données vous concernant auprès du Secrétariat général de La Mutuelle Générale, 6 rue Vandrezanne CS 21363 75634 Paris cedex 13.

6 RUE VANDREZANNE – CS 21363
75634 PARIS CEDEX 13
Mutuelle soumise aux dispositions
du livre II de la Mutualité
N° SIREN 775 685 340

MODE D'EMPLOI

1. Complétez et signez le bulletin

2. Joignez les pièces justificatives nécessaires a votre adhésion

- Pour vous :

Une copie de votre attestation Vitale (à demander à votre Caisse Primaire d'Assurance Maladie - CPAM) qui correspond à votre situation familiale actuelle afin d'être assuré de bénéficier de la télétransmission entre votre CPAM et La Mutuelle Générale

o Un Relevé d'Identité Bancaire (RIB)

- Si vous souhaitez faire adhérer vos ayants droit :

Joignez une photocopie de l'attestation Vitale pour chaque Assuré social (sauf s'il est déjà inscrit sur votre attestation Vitale)

o Conjoint

o Concubin ou Pacsé :

- Une attestation sur l'honneur et un justificatif d'adresse commune pour le concubin ou copie du contrat de PACS pour les personnes pacsées

o Enfants âgés de plus de 20 ans :

- Un certificat de scolarité pour les enfants âgés de plus de 20 ans et de moins de 28 ans qui poursuivent leurs études,
- Une copie du contrat de travail et un bulletin de salaire du dernier mois d'activité pour les enfants âgés de plus de 20 ans et de moins de 28 ans en apprentissage (ou assimilé),
- Un justificatif d'inscription au Pôle emploi pour les enfants qui sont à la recherche d'un premier emploi,
- Les justificatifs de handicap pour les enfants déclarés dans l'impossibilité de se livrer à une activité rémunératrice

3. Autorisation de prélèvement :

J'autorise l'établissement teneurde mon compte à effectuer sur ce dernier, si la situation le permet, tous les prélèvements ordonnancés par le créancier désigné ci-dessous. En cas de litige sur un prélèvement, je pourrai en faire suspendre l'éxécution sur simple demande à l'établissement teneur de mon compte. Je règlerai le différend directement avec le créancier.

N° National d'Emetteur : 229 687

LE CREANCIER :
LA MUTUELLE GENERALE
6 RUE VANDREZANNE – CS 21363 – 75364 PARIS CEDEX 13

LE DEBITEUR :
Nom : .....
Prénom : .....
Code postale : |_|_|_|_|_| .. Ville :.....

COMPTE A DEBITER :

|_|_|_|_|_|_| |_|_|_|_|_|
|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Code Etablissement Code Guichet Numéro de compte clé RIB

NOM ET ADRESE DE L'ETABLISSEMENT TENEUR DU COMPTE A DEBITER

NOM : .....

ADRESSE : .....

.....

Code Postal : |_|_|_|_|_|

VILLE :

.....

Date : ...../...../..... Signature du titulaire du compte à débiter :

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 06/01/1978, modifiée par la loi du 06/08/2004, vous disposez d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès, de communication et de rectification, d'un droit de modification et de suppression des données vous concernant auprès du Secrétariat général de La Mutuelle Générale, 6 rue Vandrezanne – CS 21363 - 75634 Paris cedex 13.

6 RUE VANDREZANNE – CS 21363
75634 PARIS CEDEX 13
Mutuelle soumise aux dispositions
du livre II de la Mutualité
N° SIREN 775 685 340

4. Transmettez votre dossier complet à votre Direction des Ressources Humaines

- ❒ Votre Bulletin Individuel d'Adhésion
- ❒ Les pièces justificatives nécessaires à votre adhésion, décrites au point 2
- ❒ L'autorisation de prélèvement

5. Votre Direction des Ressources Humaines :

LA MUTUELLE GENERALE
Domaine des Contrats Collectifs
«Collectivités Territoriales»
79 avenue de Fontainebleau
94281 Le Kremlin-Bicêtre cedex

6. Vous recevrez sous quelques jours votre carte de tiers-payant

Conformément à la loi « Informatique et libertés » du 06/01/1978, modifiée par la loi du 06/08/2004, vous disposez d'un droit d'opposition fondé sur des motifs légitimes, d'un droit d'accès, de communication et de rectification, d'un droit de modification et de suppression des données vous concernant auprès du Secrétariat général de La Mutuelle Générale, 6 rue Vandrezanne – CS 21363 - 75634 Paris cedex 13.